



Jacksonville MPO FORMATO DE QUEJAS POR DISCRIMINACIÓN

Apellido:		Nombre:		<input type="checkbox"/> Hombre
				<input type="checkbox"/> Mujer
Dirección:		Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa:	Teléfono de Trabajo:	Dirección de correo electrónico		
Identificar la categoría de la Discriminación:				
<input type="checkbox"/> RAZA	<input type="checkbox"/> COLOR	<input type="checkbox"/> ORIGEN NACIONAL	<input type="checkbox"/> EDAD	
<input type="checkbox"/> RELIGIÓN	<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> SEXO/GÉNERO		
Identificar la Raza del Demandante				
<input type="checkbox"/> Afro Americano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático Americano	
<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otra _____	
Fecha y lugar de la acción discriminatoria alegada(s). Por favor, incluya la fecha más antigua de la discriminación y la fecha más reciente de la discriminación.				
Nombre de las personas responsables de la acción discriminatoria (s):				
¿Cómo fue discriminado? Describir la naturaleza de la acción, decisión, o condiciones de la supuesta discriminación. Explicar lo más claramente posible lo que ocurrió y por qué usted cree que su condición de protección (fundamento) fue un factor en la discriminación. Incluya de qué manera otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. (Si es necesario adjunte páginas adicional (es)).				
La ley prohíbe la intimidación o represalias contra cualquier persona porque él o ella ha tomado medidas, o ha participado activamente, para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si usted siente que ha sido víctima de represalias, además de la supuesta discriminación, por favor explique las circunstancias a continuación. Explique qué medidas tomó usted que cree que fueron la causa de las supuestas represalias.				
Nombre de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores, u otros) que podemos contactar para obtener información adicional y apoyar o aclarar su queja: (Adjuntar pagina(s) adicional(es), si es necesario).				
Nombre Dirección Teléfono				
1.				
2.				
3.				
4.				

FORMATO DE QUEJAS POR DISCRIMINACIÓN

Página 2

¿Ha presentado o tiene intenciones de presentar una queja con respecto a cualquiera de las siguientes cuestiones planteadas? En caso afirmativo, indique la fecha de presentación. Marque todas las que aplican.

- US Comisión de Igualdad de Oportunidades de empleo _____
- Administración de Carreteras Federales _____
- US Departamento de Transporte _____
- North Carolina Departamento de Transporte _____
- Corte Federal o Estatal _____
- Otros _____

¿Ha discutido la denuncia con algún representante de JACKSONVILLE MPO? En caso afirmativo, indique el nombre, puesto, y fecha de la discusión.

Por favor proporcione cualquier información adicional que considere usted pueda ayudar a una investigación.

Explique brevemente qué remedio, o acción, está usted buscando debido a la supuesta discriminación.

**** NO PODEMOS ACEPTAR QUEJAS SIN FIRMAR. POR FAVOR INCLUYA SU FIRMA Y FECHA EN EL SIGUIENTE FORMATO.**

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

ENVÍE SU FORMATO DE QUEJA A:

Jacksonville MPO
TITLE VI/EO CONTRACT COORDINATOR
PO Box 128
City Hall 815 New Bridge Street
JACKSONVILLE, NC 28541-0128

or call
910-938-5200

FOR OFFICE USE ONLY

Date Complaint Received: _____

Processed by: _____

Case #: _____

Referred to: NCDOT Date Referred: _____

OCR (Rev. 10/10)